



SHIMANE  
AKAHIGE  
BANK

# 赤ひげバンク登録票

■本人記入用■

医師募集キャラクター「赤ひげ」先生

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名 【必須】		性別 【必須】		生年月日 【必須】	S H	年	月	日
職種 【必須】	1 医師 2 歯科医師 3 看護師 4 学生 5 その他( )							
専門診療科 【医師は必須】								
現住所 【必須】	〒 —							
電話番号等 連絡先 【いずれか必須】	自宅電話	—	—	携帯電話	—	—	ファクシミリ	—
医籍登録番号		電子メール						
現在勤務先等 【必須】	※学生の場合には、大学名又は学校名を記入してください。							
就職希望条件								
勤務等形態	1 常時勤務 2 非常時勤務 (勤務頻度 回/月・週程度) 3 その他( )							
勤務等 希望時期	1 今すぐにでも 2 ( )年( )月頃から 3 未定 4 その他( )							
勤務希望地 (複数回答可)	1 松江圏域 2 雲南圏域 3 出雲圏域 4 大田圏域 5 浜田圏域 6 益田圏域 7 隠岐圏域 8 県内どの圏域でも可 9 未定 10 その他( )							
希望勤務先 (複数回答可)	1 市部の病院 2 市部の診療所 3 郡部の病院 4 郡部の診療所 5 開業 6 行政 7 その他( )							
希望診療科								
その他要望 ご意見等								
備考								

選択項目があるものについては、該当項目に○を付けていただき、選択項目がないものについては、要望内容等をご記入ください。個人情報については厳重に管理いたします。【島根県赤ひげバンク/島根県医療対策課(医療対策課)】